№ 7. Lipiec. 1912 r. Rok VII.

Kronika Dentystyczna

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

W sprawie stosowania w dentystyce surowicy Deutschmann'a.

NAPISAŁ

F. Idzikowski.

(Rzecz wygłoszona w Warsz. T-wie Odontologicznem w dniu 2-im maja r. b.)

Gdy przed czteroma laty w Warszawskiem T-wie Odontologicznem wygłosiłem referat o środkach terapeutycznych, używanych w zębolecznictwie (przy leczeniu zębów, dotkniętych próchnicą czwartego stopnia), nadmieniłem o surowicy, jako o nowości, którą zaczęto stosować w Ameryce do celów powyższych i w dentystyce wogóle.

Dr. Hall, który pierwszy zastosował środek ten, dotychczas wyłącznie używany w chorobach zakaźnych, do celów dentystycznych, po wypróbowaniu go z górą w 200 przypadkach, mając więc możność mniej więcej poznać jego dodatnie i ujemne strony, zaleca uciec się do surowicy tylko wówczas, gdy wszelkie obecnie znane środki lekarskie nie prowadzą do pożądanego celu.

W ostatnich jednak czasach surowica, przeważnie Deutschmann'a, stała się modnym środkiem w rękach wielu dentystów; stosuje się ją nawet tam, gdzie opróżnienie i zdezynfekowanie kanału korzeniowego danego zęba byłyby zupełnie wystarczające.

Należy nadmienić, że surowica znalazła szerokie zastosowanie zagranicą, a powoli wchodzi w użycie i u nas.

Ponieważ środkiem, w mowie będącym, lekkomyślnie manipulo

wać nie można, gdyż od czasu do czasu występują objawy uboczne i to bardzo poważne, ponieważ z tego powodu już odzywają się głosy lekarzy, protestujących przeciwko stosowaniu surowicy w dentystyce, co wywołało nawet polemikę w prasie specjalnej, uważamy za właściwe w krótkich zarysach zapoznać z przebiegiem tej sprawy tych kolegów, którzy nie są z nią bliżej obznajmieni.

Przyczyną polemiki stał się wypadek, opisany przez d-ra Simon'a w „Correspondenz-Blatt für schweizerische Aerzte". Polemika, zapoczątkowana w tem piśmie, przeniosła się następnie na łamy szwajcarskiego organu dentystycznego: „Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheikunde".

Dr. Simon, praktykujący w Zurichu, pewnego razu wezwany został do pacjenta, liczącego lat 60. Pacjenta tego (właściciela kantoru) oficjaliści po przyjściu do biura zastali leżącego na sofie w stanie nieprzytomnym. Wymieniony lekarz zaś zastał pacjenta w głębokiej zapaści, prawie bez tętna; ręce były zimne, palce trzymane pod światło przezroczyste, bez kropli krwi. Po zastosowaniu odpowiednich środków cucących, pacjent powoli odzyskał przytomność; zapytany o przyczynę zemdlenia oświadczył, że nigdy poważnie nie chorował i że po bezsennej ostatniej nocy z powodu bólu zęba o godzinie 9-tej rano udał się do dentysty, który zastrzyknął mu jakiś płyn w dziąsło; zaraz po wyjściu z gabinetu dentysty pacjent czuł się źle, bliskim zemdlenia, tak, że zmuszony był usiąść na pierwszej napotkanej ławce publicznej, poczem z ledwością dowlekł się do swego kantoru; co dalej z nim się stało—nie pamięta. Jakiego rodzaju był ów płyn na razie trudno się było dowiedzieć, gdyż dentysty, do którego się w tej kwestji zwrócono, nie zastano w domu.

Wkrótce po powyższem oświadczeniu pacjent poczuł, że mu jest bardzo zimno; wystąpiły dreszcze, które pomimo przykrycia i okładania flaszkami, napełnionemi gorącą wodą, męczyły go przeszło godzinę. Gdy pacjentowi w celu odwiezienia do prywatnego jego mieszkania nadano pozycję siedzącą, wystąpiły obfite wymioty, i dopiero po ich ustaniu zdołano pacjenta odwieść do domu.

Od dentysty wkrótce nadeszła wiadomość, że celem usunięcia ostrego zapalenia ozębnej pacjentowi zastrzyknięto pod dziąsło 1 ccm. surowicy Deutschmann'a.

W dalszym ciągu u pacjenta wystąpiła wysypka na skórze bar-

wy szkarłatnej, w rodzaju pokrzywki, z początku na rękach, następnie rozszersyła się ona po całem ciele; wysypce towarzyszyło nadzwyczajne swędzenie; temperatura ciała stopniowo zaczęła się podwyższać i doszła do 38°; tętno do 120. W obawie wywołania powtórnej zapaści nie zastosowano środków narkotycznych, preparaty bromowe zaś nie pomogły; pacjent więc wskutek powyższego swędzenia noc całą przepędził bezsennie; po tym czasie objawy groźne zaczęły ustępować, i chory po trzech dniach wyzdrowiał.

Przypadek ten dr. Simon opisuje jako *anafilaktykę surowiczą.*

Tu wypada mi na chwilę zboczyć z tematu i wyjaśnić istotę tej anafilaktyki, jak również zapoznać kolegów z poglądami autorytetów lekarskich co do działania surowicy Deutschmann'a.

Wszelkie surowice lecznicze zazwyczaj otrzymujemy ze krwi konia, które to zwierzę stosownie do rodzaju surowicy, jaką pragniemy otrzymać, specjalnie do tego bywa przygotowywane. Bakterjolodzy koniowi dają pierszeństwo przed innemi zwierzętami dlatego, że ten rzadko zapada na gruźlicę, oraz, że za każdym razem otrzymywać można większą ilość surowicy.

Jeżeli jakiejkolwiek z istot żyjących zastrzykniemy pewną ilość surowicy, o której mówiliśmy, ustrój staje się *anafilaktycznym*, wrażliwym lub uczulonym na pewien przeciąg czasu, czyli nie znosi zastrzyknięcia surowicy, otrzymywanej ze krwi zwierzęcia tego samego gatunku, gdyż pod wpływem pierwszego zastrzyknięcia powstają przeciwciała, niweczniki, które łączą się z białkiem ponownie zastrzykniętej surowicy, wywołując zaburzenia anafilaktyczne, niekiedy bardzo niebezpieczne. Czas trwania nadwrażliwości, o której mowa, zależy od ustroju danego osobnika i trwać może od kilku miesięcy do kilku lat. Nauka wprawdzie mówi o *anafilaktyce dziedzicznej*, jednak rozumieć to należy w ten sposób, że gdy np. kobiecie podczas ciąży zachodzi potrzeba zastrzyknięcia surowicy, to nowonarodzone dziecko może czas jakiś być anafilaktykiem. O stopniu wrażliwości anafilaktyka na reinjekcję poucza fakt, że kiedy do pierwszej injekcji zużyto po 1 ccm. surowicy, to jedna tysiączna część powyższej ilości, ponownie zastrzyknięta, wywołuje anafilaktykę, czyli reakcję surowiczą silną, i że na jedną miljonową część organizm jeszcze słabo reaguje.

Nadwrażliwość ta jednak z biegiem czasu stopniowo się zmniej-

sza. Badania na zwierzętach wykazały, że surowica, ponownie zastrzyknięta po 6—8 tygodniach, w 90 przyp. na 100 wywołuje reakcję, po 6—8 miesiącach już tylko w 50 przyp. na 100, i tak stopniowo coraz rzadziej.

W dalszym ciągu należy odróżnić anafilaktyka z nadwrażliwością nabytą po injekcji surowicy od człowieka z wrodzoną nadwrażliwością w stosunku do powyższej. Objawy, towarzyszące anafilaktyce są następujące: obrzmienie okolicy nakłutej podczas injekcji, dreszcze, wysypka na całem ciele barwy szkarłatnej, obrzmienie nóg i gruczołów chłonnych oraz ból w stawach. Objawy te występują w ciągu 8—12 dni, licząc od dnia wtórnej injekcji.

Co się tyczy surowicy Deutschmann'a, to wynalazca jej w praktyce swej przy niektórych cierpieniach o charakterze zakaźnym, np. przy rozsianych czyrakach (furunculosis), ropniach i t. d. często posiłkował się drożdżami, znanemi ze swej cennej wartości leczniczej. Niezadowolony jednak w zupełności z tego środka wskutek niektórych jego wad (rozwolnienie, towarzyszące leczeniu, oraz chudnięcie chorego), zastanawiał się on nad tem, aby środek powyższy zamiast przez przewód trawienny wprowadzać do organizmu drogą zastrzykiwań podskórnych. I rzeczywiście przy odpowiedniem odżywianiu i przygotowywaniu koni udało mu się otrzymać pożądaną surowicę. Po wypróbowaniu jej na zwierzętach dr. Deutschmann zaczął ją stosować i u ludzi, z początku w okulistyce, przeważnie przy ropnem zapaleniu brzegu powiek. Po pewnym czasie ogłosił on światu, że niema środka terapeutycznego, któryby w lecznictwie oczu mógł rywalizować ze środkiem, w mowie będącym. Nie wszyscy jednak oftalmolodzy zachwyt ten podzielają. Na 35-ym zjeździe oftalmologów, odbytym w Heidelbergu, znany okulista dr. v. Michel zakomunikował, że próby z surowicą Deutschmann'a, podjęte przez niego przy ropnem zapaleniu oczu, nie mówią na jej korzyść.

W dalszym ciągu swej działalności dr. Deutschmann w sposób wyżej opisany przygotowywał surowicę, którą zaopatrzył w markę *E*. Jest to właśnie preparat, którym w dentystyce przeważnie się posługujemy. W prospektach czytamy, że jest to surowica uniwersalna, przeznaczona do zastosowania przy wszelkich chorobach zakaźnych: zapaleniu płuc, szkarlatynie, ospie, tyfusie, róży, anginie, czyraku, przy cierpieniach ropnicowych i posocznicowych, ostrych lub prze-

wlekłych ropniach, w cierpieniach ogólnych lub specjalnych, jak chorobach nosa, zatoki Highmora, uszu, oczu i t. d. Preparat ten ma się różnić od pierwotnie wyrabianego tem, że jest specjalnie czysto przygotowywany i wolny od ciał drażniących. Cudowne wprost działanie tego środka dr. Deutschmann tłumaczy tem, że, wprowadzony do organizmu, dostarcza ciałkom obronnym świeżego pokarmu i zaopatruje w energję, potrzebną do walki z zarazkami chorobotwórczymi, dostającymi się do ustroju z zewnątrz. Na żądanie prof. Kolle'go, dyrektora instytutu do badań chorób zakaźnych w Bernie, asystent tegoż, dr. Bockhoff, przedsięwziął bardzo skrupulatne badania co do przeciwdziałania omawianej surowicy w każdej z poszczególnych, wyżej wspomnianych chorób. Wynik tych badań, jak stwierdzono, był negatywny; w żadnym przypadku nie można było wykazać wyższości surowicy Deutschmann'a nad surowicą normalną, użytą w celach porównawczych i kontrolnych, wszystkie bowiem zwierzęta, którym zastrzykiwano zarazki chorobotwórcze, zapadały na daną chorobę, pomimo uprzedniego zastrzyknięcia powyższej surowicy ochronnej. Dr. Deutschmann powołuje się na prace dr. Neusser'a i Guerrini'ego, którzy po przeprowadzeniu szeregu prób w epruwetkach stwierdzili, że omawiana surowica przyczynia się rzeczywiście do energiczniejszego działania ciałek obronnych, znajdujących się w organizmie.

Zdaniem jednak dr. Simon'a, z próbami, wykonywanemi w próbówkach, liczyć się bynajmniej nie można z tej prostej przyczyny, że organizm ludzki nie jest wszak próbówką, i że tylko drogą badań na zwierzętach stwierdzić można wartość danego środka terapeutycznego. Ze zdaniem tem solidaryzuje się w zupełności dr. Bockhoff. Dr. Hippel zaś, zabierając głos w tej sprawie, twierdzi, że dla ustalenia wartości terapeutycznej danego środka doświadczenia, robione na zwierzętach, również nie są miarodajne, i że główną rolę odgrywają tu spostrzeżenia kliniczne.

Zdanie dr. Hippel'a usprawiedliwia poniekąd entuzjazm specjalistów w naszej dziedzinie, jak Montigel'a, Hockenjos'a, Fenchel'a, Żilz'a, Hammercher'a i in., którzy stosowali w swej praktyce surowicę Deutschmann'a tylko z dobrym wynikiem, a więc bez jakichkolwiek poważniejszych komplikacji, zachęcając kolegów do szerszego jej stosowania.

Zapoznawszy się więc z istotą anafilatyktyki oraz ze wszyst-

kiem, co przemawia za korzyścią lub niekorzyścią surowicy Deutschmann'a, wrócimy do głównego tematu i dostatecznie przygotowani wiedzieć będziemy z którą ze stron polemizujących solidaryzować się nam wypadnie.

Jak już wyżej nadmieniliśmy, dr. Simon obserwowany przez siebie przypadek opisuje jako anafilaktykę surowiczą, a ponieważ pacjent utrzymywał, że nigdy poważnie nie chorował i o injekcji surowicy nic nie wiedział, dr. Simon anafilaktykę powyższą określa jako wrodzoną; dziwi go tylko to, że, wbrew dotychczas notowanym przypadkom, reakcja wystąpiła prawie bezpośrednio po injekcji, wówczas, gdy jak wyżej nadmieniliśmy, objawy anafilaktyczne występują dopiero w jakie 10 dni później.

Dalej autorowi temu dziwnem się wydaje, że reakcja tak silna wystąpiła po użyciu 1 centygrama kubicznego surowicy u człowieka, któremu poraz pierwszy zastrzyknięto surowicę, wtedy, gdy dotychczas komplikacje takie notowane były tylko podczas wtórnej injekcji, gdzie, jak wiadomo, do wywołania reakcji dostateczna jest nawet jedna tysiączna część surowicy w stosunku do jej ilości, użytej pierwotnie.

Piquet i Schick wspominają o jedynym przypadku zapaści po injekcji surowicy, lecz dotyczył on dziecka, chorego na dyfteryt; dziecku temu ponownie zastrzyknięto surowicę w 27 dni po pierwszej injekcji, przyczem zużyto 16 centygramów kubicznych tejże surowicy.

Faktem jednak jest, że przypadek, o którym mowa, istotnie miał miejsce, i że nawet specjalnie oczyszczony preparat w rodzaju preparatu Deutschmann'a od komplikacji nie ochrania, i że surowica nie jest środkiem obojętnym, który u każdego człowieka bez wyjątku stosowany być może. Wprawdzie przypadki wrodzonego usposobienia do anafilaksji rzadko się zdarzają, zdarzyć się jednak mogą, a ponieważ organizm ludzki bod tym względem nie jest do zbadania, przy każdej injekcji na komplikacje należy być przygotowanym. Wobec tego dr. Simon twierdzi, że, jeżeli mamy do czynienia z ciężkim przypadkiem zakaźnym, jakim jest błonica, tężec i t. d., to wobec widma śmierci niema nic do stracenia, i do injekcji surowicy należy przystąpić bez wahania, pomimo obawy przed mogącymi wystąpić objawami anafilaktycznymi; gdy jednak obecnie dentyści przy każdej spo-

sobności stosują surowicę, stanowi to nadużycie, które narazić może pacjenta na wielkie niebezpieczeństwo i które w porównaniu z korzyścią, jaką w najlepszym razie osiągnąć można, nie jest wcale do usprawiedliwienia. Stosunkowo mała ilość surowicy, jaką dentyści stosują, jak widzieliśmy, postaci rzeczy wcale nie zmienia.

Niezależnie od tego dr. Simon twierdzi, że dotychczas rzadko natrafiano na anafilaktyka, gdyż surowicę stosunkowo rzadko stosowano.

Jeżeli jednak dentyści coraz częściej surowicę stosować będą, przysporzą oni światu anafilaktyków coraz więcej i w razie potrzeby ponownego zastrzyknięcia z powodu poważniejszej jakiej choroby lekarze z tym faktem liczyć się będą musieli. Faktu tego nie należy bagatelizować, gdyż zdarzały się przypadki anafilaktyki surowiczej o zejściu śmiertelnem. Opierając się na badaniach, przeprowadzanych na własną rękę, jak również w Instytucie bakterjologicznym w Bernie, dr. Simon wogóle wątpi o jakiejkolwiek wartości terapeutycznej surowicy Deutschmann'a i sądzi, że wyniki dodatnie, przytoczone przez dentystów, polegają na złudzeniu, gdyż ciałka obronne, znajdujące się w organizmie, nie jedną już chorobę zakaźną zwalczyły bez pomocy jakiejkolwiek surowicy.

Jeżeli jednak dentyści rzeczywiście bez surowicy obejść się nie mogą, to należy przygotowywać dla nich surowicę specjalną, wziętą ze krwi wołu, barana lub kozy, gdyż, jak wiemy, anafilaktyka jest ściśle specyficzna, w razie więc zastrzyknięcia w przyszłości surowicy ze krwi konia reakcji nie będzie.

Na tem dr. Simon kończy swoje poglądy co do kwestji stosowania surowicy w dentystyce,

Stomatolog dr. Montigel, zabierając głos w tej sprawie, zadaje dwa pytania zasadnicze. Czy przypadek, opisany przez dr. Simon'a, rzeczywiście uważać należy, jako anafilaktykę surowiczą, i jeżeli tak, to, czy wobec tego należy surowicę Deutschmann'a wykluczyć z naszej skarbnicy środków terapeutycznych? Autor ten, porównywując objawy choroby, które wystąpiły u pacjenta, w mowie będącego, z objawami anafilaktyki, przytoczonymi przez Piquet'a i Schick'a, wykazuje, że tylko jeden objaw, a mianowicie wysypka w rodzaju pokrzywki odpowiada objawom, wzmiankowanym przez powyższych, i o których mówiliśmy wyżej, że nie było ani jednego z głównych

objawów, jako to obrzmienia nakłutego miejsca podczas injekcji, nie było znacznie wysokiej gorączki, bólu stawów i t. d. Stawianie więc djagnozy na zasadzie jednego tylko objawu nie wytrzymuje krytyki, a tem samem niema pewności, czy wogóle mieliśmy do czynienia z anafilaktyką surowiczą. Gdybyśmy jednak chcieli zgodzić się z djagnozą, postawioną przez dr. Simon'a, to w każdym razie mogła tu być tylko anafilaktyka nabyta, gdyż przy wrodzonej przypadki natychmiastowej reakcji dotychczas nie były jeszcze notowane. Twierdzenie pacjenta, że nigdy przedtem nie zastrzyknięto mu surowicy, nie jest żadnym pewnikiem. Za anafilaktyką nabytą przemawia również mała ilość surowicy, która w stanie była wywołać tak silną reakcję. Ze zdaniem d-ra Simon'a, jakoby ilość surowicy, zazwyczaj przez dentystów stosowana, nie zmniejsza niebezpieczeństwa, dr. Montigel zgodzić się nie może, gdyż Daut i Ritterschein wyraźnie twierdzą, że możność wystąpienia reakcji po pierwszej injekcji oraz intensywność objawów zależne są od ilości zużytej surowicy. Najważniejszem jednak jest to, że komplikacje wystąpiły w powyższym przypadku po injekcji jednego centygrama kubicznego surowicy, i że reakcja ujawniła się prawie bozpośrednio po niej, objawy zaś były bardzo poważne.

Wobec tego dr. Montigel twierdzi, że niebezpieczeństwo nie tkwi w tem, że na 100,000 przypadków można natrafić na anafilaktyka, będącego nim z natury, lecz, że my dentyści, stosując w praktyce surowicę, sztucznie anafilaktyków fabrykujemy, co z czasem stać się może wielką krzywdą dla pacjentów. Wyobraźmy sobie fatalność położenia, gdy pacjent, w powyższy sposób przez dentystę leczony, po niejakimś czasie zachoruje na dyfteryt lub szkarlatynę i po ponownej injekcji zamiast zmniejszenia się gorączki nastąpi kolaps.

Czy jednak wobec tego mamy zaniechać stosowania surowicy w dentystyce?—zapytuje dr. Montigel. Poszlibyśmy bez namysłu za radą d-ra Simon'a, gdyby wysoka wartość terapeutyczna powyższego środka nie była dowiedziona; nie stosowaliśmy jednak dotychczas omawianej surowicy, gdyż nie znaliśmy jej cennych zalet, dzięki którym lecznictwo skierowane zostało na nowe tory.

Czy wyniki leczenia zapalenia ozębnej dotychczas były tak wspaniałe, że już nie należy korzystać z żadnego postępu w tej dziedzinie? A jednak, mówi powyższy autor, musielibyśmy z surowicy zre-

zygnować, gdyby nie było punktu wyjścia, który to właśnie wskazany został przez d-ra Simon'a, twierdzącego, że pierwotne zastrzyknięcie surowicy, otrzymywanej z kozy lub barana, nie jest przeszkodą do zastrzyknięcia w przyszłości surowicy, otrzymywanej z konia, gdyż anafilaksja jest tu wykluczona. Do czasu więc, dopóki nie będzie wyrabiana dla dentystów surowica specjalna, dalsze próby z surowicą Deutschmann'a powinny być zaniechane. Zdaniem powyższego autora, surowica, otrzymywana z wołu, mogłaby znowu wywołać niepożądane zaburznnia w razie szczepienia krowianki.

Dr. Montigel, reasumując swe poglądy co do stosowania surowicy, dochodzi do następujących wniosków:

1) W przypadku, opisanym przez d-ra Simon'a, mieliśmy prawdopodobnie do czynienia z anafilaktyką nabytą.

2) Surowica Deutschmann'a w obecnej postaci powodować może anafilaktykę, która znowu stać się może przyczyną śmierci pacjenta.

3) Jeżeli surowicę końską zastąpi preparat, otrzymywany z innego zwierzęcia, i jeżeli preparat ten stosowany będzie tylko w przypadkach ściśle wskazanych, niebezpieczeństwo zmniejszy się do minimum.

4) Do czasu, póki nie będzie wyrabiany nowy preparat, injekcje surowicy powinny być zaniechane.

Co się tyczy osobistych moich poglądów co do powyższej kwestji, to przedewszystkiem uważałbym orzeczenie djagnostyczne: „anafilaktyka surowicza“ zarezerwować wyłącznie dla szeregu zaburzeń, występujących po *wtórnej* injekcji surowicy. Reakcję występującą po *pierwszej* injekcji u osobników z nadwrażliwością wrodzoną, nazwałbym *pseudoanafilaktyką*, a to dlatego, że, jak wyżej widzieliśmy, objawy, towarzyszące dwóm tym rodzajom reakcji wielce od siebie się różnią.

Następnie, pamiętając o t. zw. idjosynkrazji, mającej pod względem djagnostycznym pewne znaczenie, nie spierałbym się z d-rem Simon'em co do postawionej przez niego djagnozy; właśnie mała ilość zużytej surowicy i natychmiastowa reakcja przemawiają za trafnością djagnozy. Do wysypki oraz innych objawów w razie idjosynkrazji do pewnych potraw, np. do raków lub poziomek, nie ilość, lecz jakość spożytego pokarmu się przyczynia. W przypadku idjosynkrazji do chloroformu kolaps następuje po kilku nieraz kroplach, wtedy, kiedy w warunkach normalnych wdycha się często bez szkody kilka na-

wet uncji tegoż. W powyższym więc przypadku idjosynkrazję nazwałbym jako predyspozycję, jako przyczynę usposabiającą do pseudoanafilaktyki surowiczej.

Co się tyczy szybkiego, sprzeciwiającego się zasadom teorji występowania objawów, towarzyszących niekiedy reakcji pseudoanafilaktycznej, to każdy z nas wie, w jakim stanie ogólnego osłabienia znajduje się pacjent, zgłaszający się do nas rano po bezsennej nocy z powodu bólu zęba. Jeżeli ból ten jest spowodowany ostrem zapaleniem ozębnej, jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez d-ra Simon'a, to wskutek towarzyszących cierpieniu temu objawów ogólnych organizm nieraz jest tak wyczerpany, że pacjent, siedząc na krześle, mdleje. Jeżeli w przypadkach tych robiemy injekcję, celem znieczulenia dziąseł, mamy często do czynienia z omdleniem bardzo poważnem, kiedy w innych warunkach zaś, ten sam pacjent injekcję taką zniósłby jaknajlepiej. Ogólne więc osłabienie pacjenta uważać należy w powyższym przypadku, jako przyczynę, która wywołała wcześniejszą pseudoanafilaktykę, niż zwykle. Jeżeli d-rowi Montigel'owi zależało koniecznie na tem, aby djagnozę, postawioną przez doktora Simon'a ubezzasadnić, to zamiast pacjenta tegoż posądzać o brak pamięci, mógł to uczynić na podstawie danych naukowych. Aby mieć anafilaktykę nabytą, niekoniecznie potrzebna jest injekcja surowicy końskiej, wystarcza bowiem odżywianie się koniną. Nie mamy przeto pewności, czy pacjent, o którym mowa, jeżeli nie u siebie to w restauracji, nie został poczęstowany siekanką jaką, zawierającą w sobie część końskiego mięsa, co się, niestety, często zdarza, a jeszcze częściej mieszanina ta znajduje się we włoskiej kiełbasie. W każdym razie wówczas udałoby nam się d-ra Montige'la zwalczyć jego własną bronią na mocy róznicy objawów, towarzyszących powyższym poszczególnym zaburzeniom.

Wykluczenie konia oraz wołu, będących źródłem otrzymywania specjalnej surowicy, mojem zdaniem, kwestję rozwiąże tylko połowicznie, gdyż o tyle tylko, że surowica ta nie będzie przeszkodą do zastrzyknięcia w przyszłości surowicy końskiej, np. w przypadku błonicy. Na błonicę jednak lub tężec rzadko kto choruje, za to wobec nadmiernego w ostatnich czasach psucia się zębów prawie każdy człowiek na ból ich jest narażony. A zębów tych, jak wiemy, człowiek ma 32. Osoby, nie korzystające z plombowania, mają nieraz

po kilkanaście zębów, będących w stanie rozkładu, a każdy taki ząb podlega zapaleniu ozębnej. Jak nauka wykazuje, specyficzną jest nietylko końska, lecz każda surowica; jeżeli więc dla usunięcia zapalenia ozębnej pierwszego bolącego zęba zastrzykniemy specjalną surowicę Deutschmann'a, to pacjent zostanie uwrażliwiony na przyszłość, i w razie potrzeby ponownej injekcji dla celów dentystycznych możemy wywołać anafilaktykę surowiczą ze wszelkiemi możliwemi następstwami. Teoretyk poradziłby nam wobec sego ponumerować zęby od pierwszego do 32 i dla każdego z powyższych przygotować osobną surowicę. Praktycznie jednak to przeprowadzić by się nie dało, gdyż zabrakłoby odpowiednich gatunków zwierząt.

Cóż więc wobec tego czynić nam wypada? Czy należy raz na zawsze rozstać się ze środkiem, którego wartość terapeutyczna w niektórych przypadkach jest nieporównana?

Mojem zdaniem, nie należy z jednej ostateczności popadać w drugą.

Obrać należy drogę pośrednią i zastosować się do rady d-ra Hall'a, to jest: *surowicę stosować tam, gdzie bez niej obejść się nie można.* Wszak i chloroform przedstawia dla pacjenta znaczne niebezpieczeństwo, a jednak od czasu do czasu do niego uciekamy się; lecz rozumny i sumienny dentysta decyduje się na użycie jego tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie np. znieczulenie miejscowe nie byłoby wystarczające.

Przedstawiwszy w należytem świetle wszystko, co się odnosi do stosowania surowicy w dentystyce, i nie mając pretensji do ostatniego słowa, pragnę wiedzieć, jak Szanowni Koledzy na sprawę tę się zapatrują; oddaję więc ją do kompetentnego ich rozstrzygnięcia.

(W dyskusji pierwszy zabrał głos kol. Wł. Zieliński, który dowodził, że dentysta nie powinien stosować wstrzykiwań surowicy Deutschmann'a, a to dlatego, że wprowadza do organizmu lek energicznnie działający, którego działania sam, jako dentysta, obliczyć nie jest w stanie. Podług d-ra Simon'a jednorazowe wstrzyknięcie do organizmu surowicy Deutschmann'a (otrzymywanej obecnie z krwi końskiej) sprowadza u osobnika anafylaksję (nadwrażliwość) do tego stopnia, że wstrzyknięcie w krótkim czasie drugiej dozy może sprowadzić poważne zawikłania, jak zapaść (collaps), a nawet śmierć. A czy dentysta może wiedzieć, że danemu osobnikowi już przed zgłoszeniem się do niego nie wstrzyknięto surowicy Deutschmann'a?

Zresztą, dr. Simon (jak przekonaliśmy się z odczytu) i dlatego gani wstrzykiwania surowicy Deutschmann'a przez dentystę, nawet

gdyby ta była pożyteczną przy danem cierpieniu, ponieważ wywołujemy anafilaksję, a więc czynimy poważną przeszkodę do wstrzykiwania surowic (otrzymywanych ze krwi końskiej) w ewentualnych ważniejszych chorobach, np. w dyfterji, tyfusie i t. d.

Następnie zabierali głos koledzy: Kohn-Feldblumowa, Danejko, Przedpełski, Frejdkin i Bauer; wszyscy, mniej więcej, dowodzili, że dentysta jednakże ma prawo stosować do wewnątrz środki silnie działające, a więc i surowicę Deutschmann'a, czego dowodem jest wstrzykiwanie śróddziąsłowe kokainy ewentualnie innych środków znieczulających.

Kol. Zieliński odpowiedział, że jakkolwiek przy wstrzykiwaniu śróddziąsłowem wprowadzamy do organizmu środki bardzo nawet energiczne, jednak działanie tych leków jest *stosunkowo* dobrze znane, wobec czego dentysta zawsze ma w pamięci, jakie mogą wyniknąć niespodziewane komplikacje i wie, jak wtedy postępować. Zresztą, wiadomo, że stosowane dawki normalnie sprowadzają tylko analgezję miejscową, nie wywołując żadnego wybitnego ubocznego działania (ogólnego), a tylko w nadzwyczaj wyjątkowych przypadkach jakieś komplikacje zdarzyć się mogą. Dalej dane środki stosunkowo łatwo i prędko wydzielają się z organizmu, niepozostawiając po sobie nieraz już bodaj w godzinę śladu, gdy tymczasem surowica Deutschmann'a, jak wyżej wspomniano, sprowadza anafylaksję na czas nieraz bardzo długi.

Następnie zabrał głos kol. Goldberg i w dłuższej rozprawie nic nowego nie powiedział, raczej powtarzał to samo co kol. Idzikowski już systematycznie nreferował.

W słowie końcowem kol. Idzikowski dawał wszystkim odnośne wyjaśnienia).

Dział sprawozdawczy.

19). Anderya Dr. Objawy patologiczne w jamie ustnej i przełyku. (Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift № 26 r. XIV).

Pierwszem zadaniem dentysty jest ustalenie, czy dana choroba w jamie ustnej ma charakter zakaźny lub nie; w ten sposób zabezpieczyć on może siebie i innych od zakażenia. Z drugiej strony — często zdarza się stwierdzić związek pomiędzy różnymi innymi objawami patologicznymi a stanem zębów i to najczęściej w ten sposób, że objawy te utrzymują się lub pogarszają wskutek bodźców mecha-

nicznych. Nawet dla specjalisty najwdzięczniejsze zadanie stanowi leczenie chorego człowieka, a nie pojedynczego organu. Dlatego też, natrafiając w jamie ustnej lub w przełyku na cierpienia, które po ścisłem zbadaniu okażą się szkodliwemi dla organizmu, możemy pacjentowi wyświadczyć ogromną przysługę, który często nie zwraca należytej uwagi na swoją chorobę. W ten sposób utrwali się zaufanie chorych do dentysty.

Wielu pacjentów, jak wiadomo, zwraca się do nas po poradę wskutek cuchnienia z ust. Tacy chorzy zupełnie słusznie zwracają się najprzód do dentysty, gdyż bezpośrednim powodem cuchnienia są: niedbałość o czyste utrzymywanie ust, szczególnie zębów i dziąseł, zepsute zęby, resztki pokarmów, tkwiące w spróchniałych zębach i szparach międzyzębowych, dalej objawy zapalne śluzówki jamy ustnej, połączone z ropieniem, jako to stomatitis mercurialis, błonica owrzodzenia gruźlicze lub przymiotowe oraz ulegające rozpadowi nowotwory.

Jeśli w stosunku do jamy ustnej przy szukaniu przyczyny dojdziemy do wniosku ujemnego, należy szukać innych źródeł. Wielką rolę tu odgrywają t. zw. czopy (korki), które tworzą się przeważnie w migdałkach podniebiennych, lecz ukazują się również w zagłębieniach migdałów przełyku; w migdałach językowych zaś zgęstniałe wydzieliny rzadziej stanowią przyczynę cuchnienia. Złogi w migdałach podniebiennych stanowią produkt procesu śluzowo-ropnego w jamach o przebiegu chronicznym i przedstawiają się jako żółtawo-zielone lub białawe, okrągłe lub podłużne twory, które bardzo często, szczególnie w razie roztarcia lub zmiażdżenia—co zdarza się u chorych, gdy się dławią—wydają bardzo nieprzyjemny odór. Dawniej niedoceniano znaczenia tych korków (czopów); obecnie wiadomem jest, że oprócz odoru zgnilizny wywołują one kłócie i drapanie w gardle, a często bywają przyczyną zapalenia gruczołów migdałowych. Czopy te odróżniać należy od wytwarzającego się na migdałach i łukach podniebiennych białego osadu, który przedstawia się jako błonki o wyraźnych kształtach i pochodzi wskutek zatkania gruczołów śluzowych. Błonki te łatwo oddzielają się od śluzówki, są zupełnie nieszkodliwe i prawie nigdy nie powodują żadnych niedomagań. W takich przypadkach należy uspokoić chorego, często zdradzającego niepokój z powodu białego nalotu w gardle. Obecność czopów w migdałkach, naj-

łatwiej rozpoznać można, gdy po uchwyceniu zgiętym zgłębnikiem przedniego łuku miękkiego podniebienia odciągniemy je cokolwiek ku przodowi; wówczas czopy występują na zewnątrz. Jeżeli w ten sposób nie dojdziemy do celu, to najczęściej odnaleźć je możemy na wierzchołkach migdałów, które w tych przypadkach są wyraźnie zaognione.

Często stwierdzić można również całkowite chroniczne zapalenie migdałów, przyczem pacjent może nawet nie odczuwać żadnych miejscowych dolegliwości, gdy tymczasem migdały wydają się nieco spuchniętymi i powiększonymi. Jeżeli patyczkiem, owiniętym watą nacisnąć w takich razach na migdały od strony przedniego łuku, to występuje ciecz mleczno-ropna o nieprzyjemnej woni. Objaw ten, często wywiera bardzo szkodliwy wpływ na organizm. Wiadomo, naprzykład, że reumatyzm stawów najczęściej rozpoczyna się od tego rodzaju objawów zapalnych w migdałach, które stanowią siedlisko bakterji chorobotwórczych; następnie stwierdzono, że wymienione procesy zapalne w migdałach często podtrzymywują reumatyzm stawowy. W ten sposób dentyście nastręcza się sposobność zwrócenia uwagi pacjentowi na nienormalny stan migdałów.

Cuchnienie z ust może mieć i inne powody, o których należy pamiętać w razie, jeżeli badanie migdałów nie dało żadnych wyników. Autor wspomina o ropniach gruźliczych w przełyku, ulegających rozpadowi, nowotworach w gardzieli, w płucach; ropnie płucne i rozszerzenie oskrzeli również wywołują odór zgnilizny. We wszystkich tych przypadkach jednak pacjenci przed zgłoszeniem się do dentysty (przeważnie) korzystali już z porad lekarzy innych specjalności. Najbardziej trzeba się wystrzegać pozbywania się pacjentów z cuchnącemi ustami krótką odprawą: „to pochodzi z żołądka"; zdaniem autora, jako *causa peccans* najczęściej występują tu gnilne czopy w migdałach.

Pacjenci, którzy zwracają się do lekarza i, rozumie się, również do dentysty z narzekaniami na cuchnienie z ust, skłonni są często do przypisywania tego objawu chorobom zębów. Lecz, gdy ten warunek, jak i inne przytoczone wyżej, wypadnie wykluczyć, to należy się przekonać, czy niema ropnego zapalenia w zatoce szczękowej. Jak wiadomo, cierpienie to ma niekiedy dość słaby przebieg, nie wywołując zwykłych objawów: bólu głowy i charakterystycznego wydzielania

ropy z właściwego otworu nosowego. W takich razach na drogę prawdopodobnego rozpoznania choroby zatoki szczękowej prowadzi ten objaw, że odór zgnilizny odczuwa sam pacjent, a nie lekarz, choćby ten miał najlepszy węch. Z ropnem zapaleniem zatoki szczękowej dentyście wypada często mieć do czynienia, gdyż 30% tych schorzeń znajduje się w etjologicznym związku z cierpieniami korzeni drugiego dwuguzkowca lub pierwszego trzonowca. Wyższą ponad wszelkie wątpliwości jest prawidłowość leczenia, które stosuje w danym przypadku dentysta; polega ono na regularnem przepłukiwaniu zatoki przez zębodół, co najczęściej prowadzi do wyzdrowienia. Lecz w razie, jeżeli, naprzykład, czterotygodniowe leczenie nie daje dodatnich wyników, lekarz powinien pamiętać, że i inne okoliczności mogą przeszkadzać wyzdrowieniu. W takich przypadkach, albo śluzówka zatoki Highmor'a zmieniła się wskutek polipowego rozrostu lub zropienia do tego stopnia, że straciła zdolność do dalszej działalności życiowej, albo też jednocześnie istnieje ropne zapalenie w komorach kości gąbczastej lub w zatokach czołowych. Rzecz prosta, że tu niezbędna jest inna kuracja, wymagająca zabiegów specjalisty chorób nosa.

Autor zwraca uwagę jeszcze na jeden ważny szczegół. Ostre ropne zapalenie zatoki Highmor'a, powodowane chorobami wskutek przeziębienia, połączone bywa często z mocnym bólem zębów w odnośnej części górnej szczęki. Ponieważ w tych przypadkach ból zębów jest najgłówniejszem z subjektywnie odczuwanych niedomagań, chory przeto zwraca się do dentysty. Jeżeli zatem ostatniemu uda się odnaleźć istotną przyczynę, da mu to najzupełniejszą satysfakcję, a choremu zapewni wyzdrowienie.

Zatoka Highmor'a pod jednym jeszcze względem odgrywa ważną rolę w chorobach zębów. Jak wiadomo, rak górnej szczęki rozpoczyna się w gąbczastej kości, a stamtąd rozrasta się do zatoki szczękowej, lub też zjawia się w niej samoistnie. Objawem, który może nasunąć podejrzenie co do złośliwego schorzenia zatoki Highmor'a, jest przedwczesne rozchwianie się zupełnie zdrowych zębów, nawet w przypadkach, gdy, jako dalsze wskazania, nie występują miękkie, łatwo krwawiące przerosty. W każdym razie należy się wystrzegać omyłki przy odróżnianiu raka od torbieli zęba, co zdarza się nietylko dentystom, lecz i lekarzom. A jest to tem ważniejsze, że w porę rozpoznany i operowany rak górnej szczęki przedstawia pomyślną pro-

gnozę, gdyż, jak przy raku krtani, gruczoły chłonne późno bywają zaatakowane drogą metastatyczną.

Dalej dentysta ma sposobność zwrócenia uwagi pacjentowi na *cuchnienie z nosa*, z którem pierwszy spotykać się może. Tacy pacjenci, ma się rozumieć, tracą węch i często nie wiedzą o swej chorobie.

Podczas leczenia zębów wyczuwamy odór zgniecionej pluskwy. Szeroka jama nosowa wyłożona jest szarawo-zieloną masą. Pacjentowi możemy w tych razach zrobić nadzieję, że przy celowych zabiegach lekarskich choroba ta jest do pewnego stopnia uleczalna.

Szkodliwy wpływ na zęby pod względem przedwczesnego występowania próchnicy wywiera oddychanie ustami, szczególnie u dzieci, jeżeli przyczyna ta działa przez czas dłuższy. W razie utraty możności oddychania nosem trudno jest człowiekowi żuć, jak należy; pokarmy źle bywają przeżuwane, szybko połykane, ażeby jaknajprędzej uzyskać swobodę oddychania. Wskutek tego cierpi czynność zębów; wyradzają się one stosownie do stwierdzonego drogą spostrzeżeń faktu, że każdy organ, niedostatecznie ćwiczony, podupada w swej działalności; zęby więc łatwiej podlegają próchnicy. Osoby takie, szczególnie młode, przekładają miękkie pokarmy, nie wymagające przeżuwania; w tych warunkach, rzecz naturalna, bardzo podupada odżywianie, ponieważ trawienie źle przeżutego pokarmu wywiera szkodliwy wpływ na organizm. Utrudnione oddychanie nosem najłatwiej jest skonstatować, zatykając naprzemian palcem jeden otwór nosowy, przez drugi przedmuchując powietrze. W razach, gdy ma się do czynienia z dziećmi, matki udzielą wyjaśnień, które ułatwią rozpoznanie; dzieci takie zwykle chrapią we śnie; również rzuca się w oczy blady wyraz twarzy, przytem fałdy nosowo-wargowe są jakby zatarte.

Stale otwarte usta wywołują niekiedy zmiany w górnej szczęce, znajdującej się w stadjum rozwoju. Przy przymusowem oddychaniu ustami język spoczywa wyłącznie w dolnej szczęce, w górnej zaś brak normalnego przeciwciśnienia ze strony języka, zwiększa się więc zewnetrzne ciśnienie ze strony policzków, jako wynik rozwartego stanu ust. Skutkiem tego powstaje ściśnięte, wązkie, wysokie podniebienie. Jeżeli oddychanie nosowe jest skrępowane przez czas dłuższy w okresie wyrzynania się środkowych siekaczy, brzeg zębodołowy w miejscu połączenia obu kości szczęki górnej zgina się tak, że na

przecięciu poprzecznem przedstawia się nie półokrągło, lecz w postaci ostrokąta.

Przytaczając powyższe, autor podkreśla ten szczegół, że przed rozpoczęciem prostowania zębów przedewszystkiem należy usilnie się starać o przywrócenie oddychania nosowego; utrudnione oddychanie nosowe będzie przeciwdziałać regulowaniu i w walce pomiędzy naturą a sztuką zwycięży pierwsza.

Dalej autor rozpatruje pewną postać chorób jamy ustnej, która ma dla dentystów tem większe znaczenie, że przy istnieniu pewnego usposobienia bywa wywoływana lub conajmniej podtrzymywana przez ostre kanty zębów lub dostawek; choroba ta ma jeszcze z tego względu pewne znaczenie, że bywa ona często uważana za przymiot. Choroba ta, t. zw. łuszczyna jamy ustnej (*leukoplakia oris resp. psoriasis lub keratosis*), polega na występowaniu na śluzówce białych plam nabłonek rozrasta się i grubieje; tkanka podśluzówkowa bywa upstrzona komórkami limfatycznemi; naczynia są ilościowo powiększzone. Najczęściej cierpienie to obejmuje śluzówkę kątów ust, policzków i boczne powierzchnie języka. Wielu takich pacjentów zdążyło już uprzednio zwrócić się po poradę do lekarza, lecz często się zdarza, szczególnie w początkowem stadjum choroby, że przypadkowo cierpienie to wykrywa dentysta. Etjologja tej choroby jeszcze nie jest dość wyraźna. Wiadomo, że szczególnie często atakuje ona namiętnych palaczy; następnie dostrzegano ją po rtęciowem zapaleniu śluzówki jamy ustnej i wreszcie, co dla nas jest najciekawsze, jako skutek tarcia języka o dostawki.

W związku z *psoriasis oris* znajduje się pewne schorzenie migdałów podniebiennych, dające niekiedy powód do przyjmowania tegoż za przymiot; jest to t. zw. *hyperkeratis* migdałów. Jeżeli w jamie ustnej zjawi się w większej ilości mający tu zwykłe siedlisko i wogóle nieszkodliwy lepthotrix buccalis, daje to powód do tworzenia się białawo-żółtych węzełków i plamek, występujących na migdałach i tylnej ściance gardła.

Nadzwyczaj ciekawą chorobą, często nieodróżnianą od innych procesów, są *samoistne ropnie na śluzówce języka*. Choroba ta zwie się łuszczycą języka (t. zw. język geograficzny). Na powierzchni języka i brzegach tegoż, bliżej przodu, występują okrągłe, powierzchowne plamy lub podłużne paski. Mają one czerwone, zairniste dno i żółta-

we, cienkie, cokolwiek podwyższone i ostro zarysowane brzegi; brzegi języka niekiedy są jakby rozpiłowane na działki. Objawy takie przeważnie spostrzega się u dzieci. Niekiedy niema żadnych subjektywnych cierpień, tak że chorobę konstatuje się przypadkowo. Niema ona żadnego związku z przymiotem, na co właśnie autor zwraca szczególną uwagę, ale zato do choroby tej usposabia bez wątpienia anemja i dyspepsja (zaburzenia żołądkowe).

Należy być ostrożnym, aby nie przyjmować tego stanu za przymiot. Gdy łuski przymiotowe mają mleczny, niebieskawy wygląd i połączone są z naciekiem u podstawy, występując również i w innych miejscach jamy ustnej i przełyku, wymieniona choroba umiejscawia się wyłącznie na języku i odznacza się żółtawą barwą brzegów i czerwoną na dnie gniazd chorobowych nadzwyczajną zmiennością kształtów, wielkości, rozlokowania oraz brakiem nacieku.

Wszystkie wspomniane choroby mają tę zaletę, że nie są zakaźnemi. Daleko większą wagę mają, rzecz prosta, zakaźne choroby, dla których, jak wiadomo, jama ustna stanowi ulubione siedlisko. I tu przymiot gra wybitną rolę. Autor nadmienia, że podług wyników badań pewnego autora, w Berlinie i Hamburgu co piąty dorosły człowiek zakażony jest przymiotem, w Londynie—co czwarty, a w Paryżu—co trzeci; służy to za dowód, że przymiot nadzwyczaj się rozpowszechnił.

Dawny podział przymiotu na trzy okresy pozostaje pożądanym dla lepszego wyodrębniania szczegółowych obrazów choroby.

Pierwotne zakażenie niekiedy występuje na wargach, rzadziej na czubku języka, na dziąsłach i migdałach podniebiennych. Wszelkie stwardnienia, opuchnięcia, owrzodziałe lub też niebolesne, o przebiegu, połączonym z niebolesnem opuchnięciem gruczołów—powinny wzbudzać w dentyście podejrzenie co do przymiotowego charakteru danej choroby.

Daleko częściej wypada nam obserwować w jamie gardłowej drugorzędowe objawy przymiotu. Na powierzchni języka występują przy łuszczeniu nablonka czerwone lub blado-czerwone plamy, mające wygląd gładki, jakby bez skóry, przy zgrubieniu zaś nabłonka—podobny do masy perłowej. Na migdałach łatwo można nie zauważyć lepieży, gdyż język prawie zawsze bywa obłożony. Zapoznanie się z wyglądem szarych lepieży na migdałach i łukach podniebiennych

jest nader konieczne, ponieważ w tych właśnie miejscach wywołują one tak charakterystyczne objawy, że, gdy raz dokładnie je przestudjować, łatwo jest następnie postawić prawidłową djagnozę przy istnieniu jakiegoś małego owrzodzenia gdziekolwiek na łuku podniebiennym; rozpoznanie nietylko jest niezbędne ze względu na losy pacjenta, lecz również wobec możliwości szerzenia choroby przez samego chorego, przez lekarza lub drogą jego narzędzi.

Każde zapalenie gruczołów migdałowych, o ile niema ropnia, wszelkie zapalenia migdałów, trwające dłużej, jak 8—10 dni, nasuwają podejrzenie o istnieniu t. z. *angina luetica*. W praktyce zaobserwować można takich chorych, którzy, czując nieznaczny ból przy łykaniu, nie podejrzewają, że są chorzy na przymiot. Szczególnie ulubionem miejscem jest okolica języka lub tylnego łuku podniebiennego, gdzie na brzegach występują maleńkie ząbki, co nader rzadko spostrzegane bywa przy innej chorobie. Po dokładniejszem obejrzeniu prawie zawsze można odnaleźć i inne szare ogniska na migdałach, w miejscu połączenia przednich łuków zjęzykiem jak również i w innych miejscach.

Wiadomo, że przy drugorzędowym przymiocie puchną gruczoły podszczękowe i szyjowe. W wątpliwych przypadkach częstokroć dość jest wymacać je, ażeby dostatecznie upewnić się co do djagnozy. Trzeba, rozumie się, pamiętać, że puchnięcie tychże może być powodowane również innemi przyczynami.

Co się tyczy trzeciorzędowego okresu przymiotu w jamie ustnej i przełyku, to kilakowe opuchliny najwięcej rozwijają się w kierunku linji środkowej; zanim ulegną rozpadowi przedstawiają się one w postaci węzełkowatych wyniosłości o czerwonem zabarwieniu, przypominających nieco ropień. Ulubionem miejscem trzeciorzędowych kilaków jest fałda trąbki Eustachjusza na bocznej ściance przełyku i poniżej jej. Z tego miejsca rozrastają się wszelkie ropnie przełyku, które, niestety, często pozostają nierozpoznanymi i które niekiedy rozszerzają się wdół od tylnych nozdrzy ku krtani. Niewyleczone we właściwym czasie ropnie te prowadzą do znacznej ruiny, tak że z niewielu wyjątkami zrastania się części jamy ustnej i gardła, które zdarza się jeszcze dość często widywać, wypada zmiany te zapisać na karb nierozpoznanego i nieleczonego w swoim czasie przymiotu.

Jak postępować w razie stwierdzenia przymiotu u przyzwoitych kobiet?

W takich razach autor radzi nieporuszać wcale sprawy pochodzenia choroby. Wystarczy jeśli określi się chorobę i skieruje chorą do jej domowego lekarza. Radzi on też ze względów praktycznych nie wymieniać wyrazów „syfilis" lub „choroba weneryczna". Po pierwsze bowiem może się zdarzyć, że dentysta, pozbawiony środka pomocniczego w postaci zbadania całego ustroju, omyli się w rozpoznaniu przymiotowego zakażenia jamy ustnej. A powtóre, taka już jest natura ludzka, że pacjent chętniej zgłosi się do dentysty ponownie, jeśli jest przekonany, że o jego dawniejszem życiu nic on nie wie.

Autor wspomina o t. zw. *stomatitis mercurialis,* które, rzecz prosta, dentysta ma sposobność często obserwować. Jeżeli leczenie jest prawidłowe, zapalenie śluzówki jamy ustnej nie powinno nastąpić. Lecz, jeśli ono już nastąpiło, zaleca on na zasadzie własnej praktyki, jako najlepszy środek, płukanie ust $^1/_2\,^0/_0$ rozczynem kwasu chromowego. Po każdem płukaniu tym środkiem zalecane jest użycie jakiegokolwiek obojętnego rozczynu, gdyż przy niezachowaniu tej ostrożności roztwór kwasu chromowego często wywołuje podrażnienie nerek.

O innych zakaźnych chorobach, ciekawych dla dentystów, można nadmienić krótko. Atakują one przeważnie dzieci; już na kilka dni przedtem, zanim dziecko zacznie niedomagać, można przepowiedzieć zbliżanie się odry, jeśli tylko poświęcimy nieco uwagi stanowi śluzówki policzków, na której wówczas spostrzegamy białe paseczki.

Na zakończenie autor wspomina o błonicy, której bardzo często powikłanie w postaci zupełnego lub częściowego paraliżu podniebienia może stać się przedmiotem badania dentysty. Paraliż ten nastąpić może tylko w takim razie, jeżeli dziecko przez dłuższy czas pozostawało bez opieki lekarskiej; przy badaniu zębów można przypadkowo natrafić na ten objaw patologiczny. Prócz utrudnionego łykania i lekkich zboczeń mowy można w tych przypadkach stwierdzić: stan nieruchomy miękkiego podniebienia—przy całkowitym paraliżu, odchylenia języczka w stronę zdrowej części przełyku — przy częściowym. *R.*

20) W sprawie dostawek mostkowych. Francuzi Lemière i Masson przy pomocy dynamometru do ust zbadali siłę ciśnienia, jakiego

doznają podczas żucia sztuczne zęby na płytce, zęby, służące jako oparcie przy dostawkach mostkowych oraz naturalne zęby odosobnione, gdy pomiędzy nimi niema sztucznych zębów. Przy dostawkach płytkowych ciśnienie rozkłada się równomiernie na całą powierzchnię śluzówki. Przy dostawce mostkowej ciśnienie ześrodkowywuje się na pojedynczych stałych punktach, które wobec tego mogą doznawać uszkodzeń wskutek przeciążenia, jeżeli temu nie zapobiedz w odpowiedni sposób. Z drugiej strony—punkty te stanowią części składowe narządów, które są specjalnie przysposobione do żucia. Prócz tego zęby oporowe, wchodząc w skład nieruchomego mostku, znajdują się wobec tego w daleko lepszych warunkach fizjologicznych, aniżeli były przedtem, gdy ciśnienie przypadało na każdy z nich oddzielnie. Z tego autorowie wyprowadzają wniosek praktyczny: każdy odosobniony ząb powinno się łączyć z pozostałymi mostkiem, który dopomoże mu pozostać. Tego skutku nie da się osiągnąć za pomocą płytki, gdyż ta nie jest nieruchomą. Przy wyrabianiu mostków dla ich trwałości bardzo ważne znaczenie ma prawidłowy zgryz. Jeżeli osie korzeni, które służą za podpory, zachowały normalny kierunek, a osie zębów przeciwległych stanowią dalszy ciąg pierwszych, to guzy zębów podczas zwarcia stanowią przeszkodę dostateczną, ażeby nie dopuścić do zsunięcia się w bok. Lecz niezawsze tak bywa; czasami wypada zastosować specjalne sposoby, ażeby zapobiedz zsuwaniu się. W takim razie części tych miejsc, na które głównie działa siła żucia, należy łączyć przy pomocy szyn z platyny lub złota. Takie twarde poprzeczne szyny nadają trwałość korzeniom, na których spoczywa mostek. (Dent. Cosm. 6. r. 53.). *R.*

21) Gruźlica w stosunku do zębów. (Dent. Cosm. *Ibid.*). Moriwetter robi nacisk na konieczność rozpowszechniania pośród ogółu wiadomość o tem, że zęby należy ochraniać i leczyć ze względu na zachowanie zdrowia ogólnego. Współczesne leczenie gruźlicy opiera się między innymi środkami na wprowadzaniu do ustroju obfitej ilości pokarmów, a tymczasem nie można osiągnąć prawidłowej asymilacji tychże przy złym stanie zębów. Prócz tego spróchniałe zęby stanowią bezpośrednio niebezpieczeństwo zakażenia gruźlicą. Dr. Cook na zasadzie 220 zbadanych ust twierdzi, że w 171 z nich znalazł laseczniki gruźlicze; z tego widać, że spróchniałe zęby łatwo mogą rozpowszechniać jad gruźliczy po całym ustroju. Wobec tego ogromne

znaczenie ma ten olbrzymi procent spróchniałych zębów, jaki statystyka wykazała u dzieci w wieku szkolnym w krajach europejskich. W Ameryce sprawa ta nie stoi lepiej. Przy badaniu lekarskiem dzieci szkół w New-Jorku w r. 1909 z liczby 231,081 dzieci—131,747 miało spróchniałe zęby, aczkolwiek w mieście tem walka z próchnicą postawiona jest lepiej, niż w każdem innem mieście. Dr. Odenthal stwierdził, że 70% wszystkich dzieci ma opuchnięte gruczoły limfatyczne szyi. Przyczyna tego jest widoczna: laseczniki gruźlicze łatwiej przedostają się przez korzenie zepsutych zębów u dzieci, aniżeli u dorosłych. Cornet w Niemieckiem tow. chirurgicznem demonstrował możliwość sztucznego wywoływania gruźlicy gruczołów limfatycznych szyi, zakażając jadem gruźliczym miazgę zębową przez zrobiony sztucznie otwór w zębie. Wobec tak wymownych faktów autor wykazuje konieczność zapobiegawczego leczenia zębów szczególnie u dzieci. *R.*

Kronika i sprawy zawodowe.

= **VI Rosyjski Zjazd Odontologiczny.** W środę dnia 10 I r. b, o godz. 1½ p. p., w aktowej sali uniwersytetu charkowskiego odbyło się uroczyste otwarcie VI Rosyjskiego Zjazdu Odontologicznego.

Zjazd, jak już zakomunikowaliśmy, zainicjowany został przez zarząd Rosyjskiego Związku Dentystycznego. Pomimo niepomyślnych warunków oraz uprzedzeń niektórych towarzystw korporacyjnych, również wielu przedstawicieli naszego zawodu, którzy uważali porę obecną za nieodpowiednią ze względu na panujacy nastrój, komitet organizacyjny zjazdu, kierując się wskazówkami wymienionego zarządu który pragnął załatwić niektóre ważne sprawy korporacyjno-zawodowe, dołożył wszelkich starań i poświęcił wiele pracy, aby zjazd doprowadzić do skutku. Wynik pomyślny stwierdził, że ludzie o różnych stopniach naukowych: profesorowie, lekarze, medycy różnych specjalności, lekarze-dentyści i dentyści, dążący do jednego celu, wspólnie pracować *mogą* i *umieją*. Pomimo więc ponurych horoskopów, jakie stawiano zjazdowi, wydał on pewien owoc.

Dla przedstawicieli dentystyki z Królestwa odbyty zjazd rów-

nież mia pewne znaczenie, rozpatrywał on bowiem sprawy, które obchodzą nietylko specjalistów-rosjan, lecz i polaków, a tych ostatnich, jak wiadomo, dotyczą wszelkie sprawy prawno-zawodowe, sankcjonowane w Cesarstwie.

W zjeździe uczestniczyło blizko 250 osób. Przybyli również z Berlina prof. Grünberg (ortodontysta) i dr. Mamlok.

Podczas otwarcia obecni byli: dziekan fakultetu medycznego, prof. J. Perński, profesorowie tegoż fakultetu: S. Popow, A. Czyrikow, A. Sommer, P. Szatiłow, W. Worobjew, prezes Charkowskiego T-wa Lekarskiego, prof. O. Braunsztejn, sekretarz tegoż t-wa, dr. P. Sergiejewskij, inspektor Urzędu Lekarskiego, N. Strielnikow, prof. Instytutu weterynaryjnego, D. Koniew, starszy lekarz miejski, A. Mironow, miejski lekarz sanitarny, W. Fawre; wśród gości było wielu lekarzy, studentów medycyny, jak również dentystyki.

Zjazd otworzył prof. S. Popow, prezes komitetu organizacyjnego, który, powitawszy obecnych, stwierdził znaczny rozwój dentystyki w czasach obecnych, jej znaczenie dla medycyny ogólnej; dalej, jako lektor szkół dentystycznych, wykazał on niektóre ujemne strony tych zakładów, zwrócił uwagę na stanowisko prawne lekarzy-dentystów, w końcu przedstawił wynik pracy przygotowawczej komitetu organizacyjnego.

Sekretarz komitetu organizacyjnego, lekarz-dentysta Gofung, zobrazował całokształt historycznego rozwoju dentystyki w Cesarstwie, poczynając od 1-go Zjazdu Odontologicznego. Na 1-ym zjeździe, odbytym w Niżnim-Nowogrodzie w r. 1896, obecnych było zaledwie 60 uczestników, na 2-im—w Petersburgu (1899) między innemi sprawami wysunięto myśl zaniechania dalszego przygotowywania dentystów starym sposobem oraz reorganizacji młodej wówczas jeszcze instytucji szkół dentystycznych. Prócz tego obfita ilość referatów wzbogaciła ówczesny zjazd. 3-ci Zjazd Odontologiczny odbył się w Odesie w r. 192, 4-y—w Petersburgu w r. 1905 (liczył wówczas już z górą 200 uczestników); 5-y zjazd odbył się w Moskwie w r. 1907; na nim wygłoszono dwadzieścia kilka referatów; był on najbardziej udanym pod każdym względem. Zdaniem mówcy, „w życiu korporacji zawodowej zjazd—to święto uroczyste, i tylko podczas tej uroczystości zaprezentować możemy swe szaty korporacyjne: postępy dentystyki pod względem naukowym i praktycznym. Biedna dentystyka, która nikogo

nie obchodzi, wprost zapędzona i której przez szereg lat nie przyznano miejsca w rzędzie nauk lekarskich, wymaga nietylko wiedzy, lecz i pewnego uzdolnienia; sama utorowała ona sobie drogę, nikt jej nie podał ręki, a obecnie zajmuje już trwałe stanowisko w szeregu swych starszych sióstr—innych gałęzi medycyny.“

Zobrazowawszy przedwstępne prace komitetu organizacyjnego, mówca zwrócił się do prof. Popowa, prezesa tegoż komitetu, i w serdecznych słowach podziękował mu za jego gorliwą pracę, która dała tak owocny wynik, również podziękował wszystkim tym osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do uświetnienia zjazdu i udzieliły mu przytułku pod swym dachem.

Prezydjum zjazdu wybrano bez balotowania (przez aklamację). Na prezesa wybrano doc. Moskiewskiego uniwersytetu, d-ra med. H. Wilgę, prezesa Związku Dentystycznego, na wiceprezesa—lek. dent. I. Okuńczykowa (Moskwa), na sekretarza—lek. dent. Szwarca (Petersburg), na pom. sekretarza—d-ra U. Baranowa, R. Rochlina (obaj z Charkowa), Wolperta (Wilno) i Korpaczewa (Moskwa); na prezesa honorowego obrano prof. Popowa.

Prezes zjazdu, doc. Wilga, dziękując za wybór, zaznaczył, że honor ten przypisuje on nie osobistym zasługom, lecz temu zdarzeniu, że jest przedstawicielem uniwersytetu i poważnego zrzeszenia towarzystw odontologicznych. Według słów mówcy, zawsze przeprowadzał on myśl, że lekarze, lekarze-dentyści i dentyści są równouprawnieni w dziedzinie swej specjalności zawodowej. Wszelkie zjazdy mają doniosłe znaczenie, a zwłaszcza zjazdy odontologów, gdyż odontologja obecnie dopiero stanęła na właściwym poziomie naukowym. Poczyniła ona tak znaczne postępy, jakich być może nie zrobiła żadna gałąż medycyny. Zjazd ten ma za obowiązek nic nie zsumować, lecz rozwijać kwestje, stojące na porządku dziennym. W konkluzji mówca zaproponował podziękować komitetowi organizacyjnemu za jego pracę, która pomimo uciążliwych przeszkód doprowadziła do celu.

Dalej wygłosili mowy powitalne przedstawiciele różnych instytucji, towarzystw naukowych i odontologicznych, stkół i t. d.

W imieniu miejskiego samorządu przemawiał członek tegoż—p. A. Wegner, charkowskiego T-wa Lekarskiego—doc. I. Bracensztejn, który zaznaczył, że towarzystwo, którego jest przedstawicielem, za-

wsze czułem okiem spoglądało na postępy odontologji i zawsze w miarę możności nie odmawiała pomocy miejscowemu towarzystwu odontologicznemu. Należy sobie życzyć, aby wykłady odontologji w uniwersytetach stały się obowiązkowymi, aby się zmieniło prawne stanowisko lekarzy-dentystów. W konkluzji mówca nadmienił, że podwoje wszystkich instytucji naukowych są naoścież otwarte przed uczestnikami zjazdu. W imieniu konferencji lekarzy gubernjalnego szpitala miejskiego (ziemstwa) przemawiał dr. Istomin, towarzystwa dyżurów nocnych lekarzy — dr. Aleksiejew, Charkowskiego T-wa Farmaceutycznego — asesor Walter, w imieniu Centralnego Związku Dentystycznego — doc. Wilga, Moskiewskiego T-wa Odontologicznego — lek. dent. Okuńczykow, Petersburskiego T-wa Odontologicznego — lek. dent. Szwarc, Charkowskiego T-wa Odontologicznego — lek. dent. Gofung, Petersburskiej szkoły dentystycznej — Szwarc, Rostowskiego T-wa Odontologicznego — lek. dent. Bezczynskij, Charkowskiej szkoły dentystycznej — słuchacz Okręt. W imieniu fakultetu medycznego Charkowskiego uniwersytetu zjazd witał dziekan tegoż fakultetu, prof. Peńskij, który zaznaczył doniosłe znaczenie zjazdu; mowę jego przyjęto głośnymi oklaskami. W gorących słowach dalej zjazd witał doc. M. Fabrykantow w imieniu rady pedagogicznej I-ej szkoły dentystycznej w Charkowie. Mówca wyraził życzenie, aby zjazd, rozpatrując sprawę reformy szkół dentystycznych, zakończył ostatecznie to, co rozpoczęły poprzednie zjazdy. Zwrócił on dalej uwagę na znaczne postępy odontologji, zwłaszcza w czasach ostatnich; nauka ta z niewielkiego zaledwie działu chirurgji, składając cegiełkę do cegiełki, szybko wyrosła do rozmiaru potężnego gmachu. Należy się spodziewać, że w niedalekiej przyszłości przygotowanie lekarzy-dentystów nietylko w innych gałęziach dentystyki, lecz i w dziedzinie chirurgji jamy ustnej sięgnie tak wysoko, że specjaliści będą pełnymi gospodarzami w zbudowanym przez siebie gmachu.

Po mowach powitalnych odczytano depesze, otrzymane od wielu towarzystw naukowych, szkół dentystycznych i odontologów z różnych krańców Cesarstwa i zagranicy.

W 1-ym dniu zjazdu, po poł., prof. P. Szatiłow wygłosił referat p. t. „Współczesny stan nauki o odporności (immunitas)", w którym zobrazował w nader przystępnej formie wszelkie szczegóły, dotyczące tej

sprawy. Odczyt wzbudził wielką ciekawość, gdyż obejmował wszelkie zagadnienia i teorje od czasów najdawniejszych do ostatniej doby.

W 2-im dniu odczyt wygłosił L. Sztrejcher (Tyflis) p. t. „O narkozie chloretylowej". Referent spostrzeżenia swe prowadzi od r. 1905, kiedy w jednym przypadku podczas wyjęcia dwóch pni przy zastosowaniu chlorku etylu nastąpiła zupełna ogólna narkoza. W Paryżu, jak referent zaznaczył, narkoza chloretylowa jest szeroko rozpowszechniona, przyczem operatorzy nie uważają nawet za konieczne zbadanie ogólnego stanu chorego. Dalej referent omówił metodykę stosowania chloretylu, przebieg narkozy, przyczem zwrócono uwagę na objawy o charakterze erotycznym, występujące szczególnie u kobiet. W praktyce swej Sztrejcher chlorek etylu stosował w 3500 przypadkach i ani razu nie widział jakichkolwiek komplikacji.

W powstałej dyskusji większość obecnych wypowiedziała się przeciwko ogólnej narkozie przy wyjmowaniu zębów wobec ulepszonej metody miejscowego znieczulania. Wielu było oponentów, którzy wykazali niebezpieczeństwo narkozy za pomocą chlorku etylu, powołując się na literaturę w tej sprawie. Prof. Popow zaznaczył, że każdy poszczególny przypadek narkozy należy bezwarunkowo indywidualizować; trzeba mieć, że tak powiemy, „węch chirurgiczny"; każdy pacjent jest poniekąd otwartą księgą, którą niewielu szczęśliwców umie odczytywać. Inni mówcy wypowiedzieli się w dalszym ciągu *pro* i *contra* w sprawie ogólnej narkozy. Zupełnie słusznie, zdaje się, twierdził Walter, który zaznaczył, że ogólnej narkozy przy wyjmowaniu zębów zupełnie wyrzec się nie należy. Również J. Grünberg (Berlin) nadmienił, że miejscowa anestezja jest nieco przeceniona; w Ameryce szeroko rozpowszechniony jest np. tlenek azotu z dobrym skutkiem.

H. Mamlok (Berlin) mówił „O plombowaniu porcelaną" (tłumaczką była lek.-dent. Bryczewa). Referent wyłuszczył zasady tej metody, a głównie przytoczył wszelkie szczegóły, dotyczące przygotowywania ubytków próchnicowych, zdejmowania wycisków i t. d. Odczyt ilustrowały odnośne rysunki.

M. Fabrykantow (Charków) wygłosił odczyt p. t. „Interwencja chirurgiczna przy powikłaniach pochodzenia zębowego". Referent wskutek tego, że temat jego jest zbyt obszerny, zatrzymał się tylko na zapaleniu szpiku kostnego kości szczękowych, będącem wynikiem za-

palenia ozębnej. Na 7 przypadków, obserwowanych przez referenta 2 zakończyły się śmiercią. Wskutek grożącego niebezpieczeństwa dr. F. zaleca nie zwlekać z wyjęciem zęba przy *parulis*, a wykonać to jaknajprędzej, by zapobiedz wszelkim możliwym powikłaniom, zwłaszcza u dzieci. Nawet operacja szczęki niekiedy nie ocali chorego od poważniejszych powikłań.

W dyskusji Gofung zupełnie słusznie zwrócił uwagę, że każdy poszczególny przypadek należy indywidualizować; trzeba postawić granicę pomiędzy górną a dolną szczęką, również okres rozwoju sprawy musi być uwzględniany. W dolnej szczęce należy być bardzo ostrożnym; ekstrakcję wykonać należy w razach koniecznych i to po uprzedniem przecięciu ropnia i przemyciu tegoż. Również zwrócić należy uwagę na ogólny stan chorego, jego samopoczucie, ciepłotę i t. d. Rozowski twierdził, że ekstrakcję należy wykonać natychmiast, poczem zębodół musi być dokładnie wytamponowany balsamem peruwiańskim lub olejkiem gwoździkowym.

J. Grünberg, znany ortodontysta (Berlin), wygłosił odczyt p. t. „Podstawy ortodontji", ilustrowany przezroczami. Referent na mocy nader ściśle zebranego materjału omówił wszystkie klasy stanów patologicznych zgryzu i zademonstrował zbudowany przez siebie symetroskop dla określania asymetrji i symetrji budowy szczęk.

J. Dobry (Petersburg) wygłosił referat p. t. „Etjologja nieprawidłowego zwarcia i rozmieszczenia zębów". Na wstępie referent przytoczył wszelkie dane z literatury, dotyczące wygłoszonego tematu. Przyczyny powyższe dzieli on na: 1) konstytucjonalne i 2) przypadkowe. Konstytucjonalne mogą być podzielone na: 1) dziedziczne i 2) patologiczne, nabyte.

Do *pierwszej* grupy zalicza: a) gruźlicę, b) alkoholizm, c) przymiot, d) zęby nadliczbowe, e) brak zębów, f) nienormalne wędzidełko, g) niewłaściwe pod względem czasu wyrzynanie się zębów, h) fizyczna dysharmonja rodziców lub przodków.

Do *drugiej* grupy zalicza: a) choroby układu krwionośnego, białaczkę, małokrwistość, usposobienie limfatyczne (lymphantismus), b) choroby przestrzeni nosowo-gardłowej, polipy, nieżyty nosa (sapka), powiększone migdały, gruczolaki, c) ropotok zębodołowy.

Do *przyczyn przypadkowych* referent zalicza: 1) przedwczesną utratę zębów, 2) spóźnione wypadanie zębów mlecznych, 3) spóźnione

wyrzynanie się zębów stałych, 4) wczesną utratę niektórych zębów stałych, 5) nieprawidłowość plomby lub korony, 6) uraz, 7) powikłania podczas porodu, 8) szkodliwe przyzwyczajenia: ssanie palców, kąsanie paznokci i wysuwanie języka.

W dyskusji Grünberg, między innemi, zaznaczył, że nie przypisuje on wielkiego znaczenia dziedziczności; takiegoż poglądu był Zaks; inni oponenci zwrócili uwagę, że ropotok zębodołowy właściwie jest *wynikiem* nieprawidłowego zwarcia i rozmieszczenia zębów, a więc *przyczyną* powyższych nieprawidłowości być nie może.

W trzecim dniu zjazdu Mamlok z Berlina powtórzył demonstrację plombowania porcelaną w najdrobniejszych szczegółach. Następnie wymieniony wyżej ortodontysta Grünberg omówił niektóre szczegóły, dotyczące przygotowywania części przyrządów prostujących. Przedstawiciel firmy dentystycznej A. Koppa z Odesy demonstrował roboty lane, a „Dental Manufacturing C-o“ (Londyn)—prasę do tychże robót. Asystent kliniki chorób skórnych i wenerycznych przy wszechnicy Charkowskiej, dr. med. N. Szczukin, demonstrował prześliczne okazy zmian syfilitycznych w jamie ustnej, na wargach, języku i w nosie. O zapaleniu miazgi zębowej wygłoszono następujące odczyty:

1) B. Tuw (Ałmaznaja): „O współczesnem leczeniu pulpitów“. Autor jest przeciwnikiem metody amputacyjnej, a zwolennikiem wyłuszczenia miazgi, chociażby częściowego w przypadkach, w których całkowite jest trudne do wykonania.

2) E. Gofung: „Terapja pulpitów w zależności od djagnozy różniczkowej“. Zwykły szablon leczenia pulpitów często daje powikłania. Djagnoza różniczkowa ma zwłaszcza wielkie znaczenie przy stosowaniu metody amputacyjnej. Referent przedstawił swoją tablicę (różnokolorową) djagnozy różniczkowej i terapji pulpitów.

3) A. Merson (Moskwa) wygłosił referat p. t. „Niektóre szczegóły, dotyczące techniki metody amputacyjnej“. Referent zwrócił uwagę na przygotowywanie ubytków, komory miazgowej i t. d.

W dyskusji Gofung zaznaczył, że sprawa pulpitów jest nader doniosłą; jest to bolączka naszej specjalności. Niewolno siebie oszukiwać; należy otwarcie się przyznać, nie krępując się wcale, że nie jesteśmy w możności radzić sobie z przygotowywaniem policzkowych kanałów korzeniowych górnych i dośrodkowych kanałów dolnych trzo-

nowców A raz tego dokonać nie możemy, raz jest to niedostępnem, przynajmniej w większości przypadków, trzeba dobrze się orjentować w innej, bardziej dostępnej metodzie. Nikt nie wątpi, że wyłuszczenie — to ideał, a my wszystkiemi siłami do niego dążyć powinniśmy, lecz żaden autorytet w świecie nie może przekonać autora, że przechodzi on wszystkie kanały i że „umie" je hermetycznie zamykać. I. Grünberg zaznaczył, że słowom referenta przydaje wielkie znaczenie, większe jeszcze, niż twierdzeniom Boenneckenn'a z jego statystyką, którą układali ludzie wątpliwi i to w nader ujemnych warunkach. Inni obecni wypowiedzieli się *pro* i *contra.* Prof. Zwierzchowski zaznaczył, że rozpoznanie różniczkowe ma nader doniosłe znaczenie i tylko, kierując się niem, możemy osiągnąć dodatnie wyniki przy amputacyjnej metodzie.

Dr. med. S. Burak (Charków) wygłosił dwa referaty: 1) „Parafina-wazelina jako materjał do protez". Autor uważa połączenie dwóch tych preparatów jako doskonały materjał do celów poprawiania defektów nosa, a które stosuje z dobrym wynikiem przy pomocy specjalnie przez siebie zbudowanej strzykawki. Odczyt ilustrowały liczne fotografje przed i po poprawieniu defektów nosa. W drugim referacie p. t. „Ropniaki zatoki szczękowej i ich znaczenie chirurgiczne" referent zaznaczył, że operacja tego cierpienia przez zębodół nie jest dostateczna, racjonalniej natomiast wykonywać ją można drogą wewnątrz-nosową lub in fossa canina. Przy operowaniu przez zębodół wszelkie rurki, zdaniem mówcy, drażnią i podtrzymywują ropienie. Oponent, prof. Zwierzchowski, nie zgodził się z referentem i nadmienił, że najwłaściwszą drogą operować należy przez zębodół. Tegoż mniemania był doc. Wilga.

W końcu J. Grünberg wygłosił referat p. t. „Wyniki terapeutyczne ortodontji", w którym przytoczył szereg traktowanych przez siebie przypadków; djapozytywy doskonale zilustrowały anomalje przed i po prostowaniu.

W 4-ym dniu, od samego rana, odbywały się demonstracje Grünberga z dziedziny ortodontji (dla 2-ej grupy), Mamloka—z dziedziny plombowania porcelaną (również dla 2-ej grupy), James-Loevi'ego — pokazy plombowania złotem, d-ra Szczukina—pokazy zmian syfilitycznych w jamie ustnej, na wargach, języku i w nosie, firmy dentystycz-

nej A. Koppa z Odesy — robót lanych i firmy „Dental Manufacturing C-o“ — aparatu do takichże robót.

Po południu Mamlok wygłosił referat p. t. „Mechaniczne umocowywanie rozchwianych zębów w przebiegu ropotoku zębodołowego“. Referent demonstrował szereg modeli ze szynami do umocowania rozchwianych zębów. Aczkolwiek metody autora są niekiedy dosyć skombinowane, jednak dają one bardzo dobre wyniki.

Następnie Grünberg odczytał referat prof. Dieck'a z Berlina p. t. „Rentgenografja w dentystyce“, demonstrowany 14-ma dużego rozmiaru tablicami, które zawierały przeszło 30 zdjęć rentgenograficznych z dziedziny patologji zębów i szczęk.

Dr James-Loevi wygłosił referat p. t. „O współczesnych metodach plombowania złotem“, w którym przytoczył objaśnienia do poprzednich pokazów plombowania złotem i zatrzymał się na technice przygotowywania ubytków, własnościach złota oraz samej technice wykonywania.

W 5-ym dniu zjazdu, z rana, odbywały się demonstracje: Dobrego—anestezja przez przewodnictwo (Leitungsanaesthesie), Grünberga— z dziedziny ortodontji, James-Loevi'ego — z dziedziny plombowania złotem (na pacjencie). Następnie całe posiedzenie od 4 po poł. do wieczora poświęcone było dyskusji w sprawie współczesnej terapji zapalenia miazgi (zob. wyżej). Prof. Zwierzchowski przytoczył rys szczegółowy obecnego stanu tej części terapji chorób zębów, dalej zatrzymał się na ważnem znaczeniu, jakie ma rozpoznanie różniczkowe, nad którem się rozwodził wymieniony wyżej mówca Gofung. Prof. Zwierzchowski nadmienił, że zestawione przez ostatniego tablice mieć mogą wielkie znaczenie pod względem praktycznym, zwłaszcza w stosunku do klasyfikacji pulpitów. Gofung przytoczył szczegółowo wszystkie przypadki, kiedy możliwa jest amputacja; we wszystkich tych przypadkach zakażenie ozębnej nie może mieć miejsca. Referent w tym celu, t. j. aby rozpoznać stan ozębnej, posiłkuje się objawami objektywnymi i subjektywnymi. Do najważniejszych oznak subjektywnych zaliczyć należy iradjację miazgi, która jest pewną cechą ogólnego pulpitu. Forma ubytku próchnicowego, głębokość jego, komunikacja z miazgą i t. d. mają pewne znaczenie djagnostyczne. W końcu referent rozpatrzył metody plombowania kanałów korzeniowych, materjały do plombowania ostatnich; doszedł on do wniosku, że na-

der ważne jest hermetyczne zamknięcie ich. Witlin zaznaczył, że berdzo ważne znaczenie ma mechaniczne oczyszczanie kanału przy jednoczesnem rozszerzaniu tegoż, jak to np. ma miejsce przy zębach świeczkowych. Gofung jeszcze raz zaakcentował, że wywiertaki (drylbory) często niszczą korzenie, zwłaszcza policzkowe górnych trzonowców i dośrodkowe dolnych trzonowców; wywiercanie kanałów tych korzeni jest rzeczą absolutnie niemożliwą. Gwarancji, że przy pomocy wywiertaka usunięta została całkowicie miazga korzeniowa niema. Przy pomocy nerwociągu łatwo o tem przekonać się można. W konkluzji po dłuższej dyskusji obecni doszli do przekonania, że amputacyjna metoda mieć może prawo obywatelstwa na równi z radykalnem leczeniem kanałów korzeniowych.

W 6-ym dniu, w godzinach rannych, odbył się pokaz d-ra Okuńczykowa zdejmowania wycisków gipsem; wszystkie wyciski z ust Okuńczykow wyjmował w całości.

Następnie E. Gofung wygłosił obszerny referat p. t. „W sprawie wykładów dentystyki we współczesnych szkołach dentystycznych“. Referent doszedł do następujących wniosków: 1) praktyczne zajęcia prowadzone są źle; 2) potrzebni są naukowo wyszkoleni demonstratorzy, którzy zajęcia prowadziliby systematycznie; 3) obecni asystenci są bardzo często niżej krytyki; 4) z przejściem szkół dentystycznych pod zarząd Ministerjum Oświaty defekt ten powinien być usunięty; 5) niezbędni są odpowiednio przygotowani asystenci; konieczny jest dla nich pewien egzamin; aby można było to jaknajprędzej uskutecznić, należy zwołać zjazd lektorów szkół dentystycznych.

Zjazd uznał za konieczne: 1) wyłączyć szkoły dentystyczne z rąk prywatnych, gdyż nie odpowiadają one swemu przeznaczeniu ani pod względem naukowym, ani praktycznym; 2) zwołać zjazd lektorów i przedstawicieli demonstratorów, w celu opracowania programu wykładów w zreformowanych szkołach dentystycznyh 3) nie ograniczać (jak to zaproponowało Ministerjum Oświaty w swym projekcie) prawa zdawania egzaminu na stopień lekarza-dentysty w ciągu 3 lat od dnia ukończenia szkoły, gdyż dla mężczyzn wymaganie takie nie jest na rękę, większość bowiem musi odbywać powinność wojskową. Życzenia zjazdu: 4) aby kurs nauki w szkołach dentystycznych trwał 4 lata; 5) aby szkoły dentystyczne w przyszłości mogły być otwierane tylko w miastach uniwersyteckich; 6) aby lektorem spe-

cjalnych przedmiotów w szkołach dentystycznych mogli być lekarze dentyści, a do wykładów techniki dentystycznej nie dopuszczać osób bez specjalnego cenzusu naukowego; 7) aby lekarze-dentyści dla dalszych studjów i specjalizacji mieli prawo dostępu do zajęć w wyższych zakładach naukowych; 8) aby utworzyć dla lekarzy-dentystów wyższy stopień naukowy „magister odontologji"; 9) aby do programu szkół dentystycznych wprowadzić krótkie wiadomości, dotyczące artykułów ustawy lekarskiej, obchodzące lekarzy-dentystów; 10) aby dentyści, praktykujący niemniej, niż 8 lat, mieli prawo zdawać na lekarza-dentystę bez przedstawienia wymaganego świadectwa naukowego.

VII Zjazd Odontologiczny ma być zwołany w Petersburgu *).

K.

= **250-letnią rocznicę założenia Uniwersytetu Lwowskiego** uroczyście obchodzono w ub. miesiącu we Lwowie.

Prastara uczelnia lwowska w dziejach nauki polskiej zajmuje jedną z najważniejszych placówek. Powstała ona na mocy edyktu króla Jana Kazimierza z dnia 20 stycznia r. 1661 z b. Kolegjum Jezuickiego. W edykcie tym król między innemi „dał prawo wprowadzić naukę wszelakiej dozwolonej wiedzy, t. j. teologji tak scholastycznej, jak moralnej, filozofji, matematyki, obojga praw, medycyny, sztuk wyzwolonych, nauk i umiejętności bez wyjątku wszystkich, których Ojcowie Towarzystwa Jezuickiego uważać będą za odpowiednie nauczać sami lub przez innych wedle ich zdania i postanowienia, wedle zwyczaju i praktyki akademji i uniwersytetów". Przywilej królewski dalej pragnął: „aby akademja ta teraz i na wieki używała tych wszystkich praw, przywilejów, wolności, tytułów, oznak, godności i urzędów, jakkolwiekby je wymienić należało, łask, dobrodziejstw i dyspens, któremi cieszą się Akademje Krakowska i Wileńska". Głównym orędownikiem założenia uniwersytetu we Lwowie przed majestatem królewskim, jak przypuszczają, byli OO. Jezuici z ks. Stanisławem Krakowskim na czele, popierani przez panów, szlachtę i prymasa Prażmowskiego. Nowy przybytek wiedzy różnymi czasy ciężkie przechodził losy. Wrogie usposobienie Akademji Krakowskiej

---

*) Z przyczyn od nas niezależnych sprawozdanie powyższe mogliśmy podać dopiero w n-rze niniejszym. *Red.*

i Zamojskiej — oraz walka z duchowieństwem świeckiem, podtrzymywały nieustające rozprężenie, które zakończyła bulla papieża Klemensa XIV z dnia 21-go lipca r. 1773 p. t. „Dominus et Redemptor noster", znosząca zakon Jezuitów. Był to pierwszy okres istnienia uczelni, który trwał lat 112.

Wskutek ukazu cesarzowej Marji Teresy i starań lekarza Jędrzeja Krupińskiego w r. 1773 we Lwowie uchwalono utworzyć „mały wydział lekarski", który jednak z różnych przyczyn (zapanowania biurokratyzmu i germanizacji kraju) nie doszedł do skutku. W r. 1783 za panowania cesarza Józefa II we Lwowie powstał uniwersytet austrjacki, który posiadał cztery wydziały: filozofji, teologji, prawny i medyczny. Do składu profesorów wszedł tylko jeden polak, Jakub Kostrzewski, który wykładał fizjologję i materia medica (do r. 1786). Wskutek ciągłych niesnasek na mocy uchwały najwyższej uszczuplono wydział medyczny, któremu jednak w r. 1791 przywrócono poprzedni całkowity stan, i który przetrwał do r. 1805, t. j. do zamknięcia uniwersytetu lwowskiego.

W r. 1817 cesarz Franciszek I przywrócił uniwersytet we Lwowie, jednak bez całkowitego wydziału lekarskiego. Ostatni zajął Instytut medyczno-chirurgiczny bez prawa promowania doktorów. W r. 1871 wskutek starań lekarzy galicyjskich i wybitnych obywateli kraju wspomniany Instytut uchwalono zamknąć. Całkowite przywileje i prawa wszechnicy polskiej wprowadzone zostały w r. 1880. W r. 1894 wydział lekarski został całkowicie nanowo przywrócony. Pierwszym profesorem na wydziale tym mianowany został prof. Henryk Kadyi. Otwarcie klinik nastąpiło w dniu 25-ym maja r. 1897 przy Szpitalu powszechnym. Obecnie uniwersytet liczy szereg najznakomitszych powag na polu wiedzy medycznej tak praktycznej, jak i teoretycznej.

W dniu 250-letniego, tak rzadkiego jubileuszu, redakcja nasza łączy życzenia dalszego rozkwitu na korzyść nauki polskiej.

═ **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich**. W dniu 16-ym czerwca r. b. odbyło się zebranie zarządu kasy, na którem zaliczono w poczet członków następ. kolegów: 1) Feldblumową H., 2) Esigmana Szymona, 3) Kohna D., 4) Merlińską Z., 5) Stokowskiego A., 6) Lindę M., 7) Lichtenbauma Z., 8) Miączyńską-Kaczyńską M. i 9) Brunnera T. Odczytano odpowiedź odmowną warsz. oberpolic-

majstra w sprawie poczynionych przez zarząd starań co do rozpowszechniania wśród kolegów puszek „na rzecz wdów i sierot po dentystach". W sprawie tej uchwalono zwrócić się do jenerał-gubernatora. Skarbnik zakomunikował, że na rzecz kasy złożyli po rb. 2: kol. L. Gelbard (zamiast depeszy z życzeniami w dniu obchodu 25-lecia kol. Haberfelda w Łodzi) i S. Jeżewski—na rzecz wdów i sierot po dentystach, celem uczczenia pamięci Bolesława Prusa.

= **Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne.** W dniu 14/VI r. b. odbyło się miesięczne posiedzenie naukowe, na którem kol. Zieliński mówił o „Leczeniu ropniaka zatoki Highmor'a pochodzenia zębowego". Referat kol. Zielińskiego rozpoczął od opisu anatomicznego zatoki, zastanawiał się więc nad jej rozwojem, budową, stosunkiem jej do jam sąsiednich (nosowej, oczodołowej, zatok kości klinowej, czołowej), wreszcie dokładnie i szczegółowo opisał stosunek dna zatoki szczękowej do zębów. Następnie przytoczył rozmiar szczęki górnej, która podług Reschreiter'a, wynosi 55 mm. (najniższa) i 59 mm. (najwyższa). Wymiary zatoki szczękowej podług tegoż autora są następujące: wysokość od 13 do 37 mm., szerokość od 15—29 mm. i głębokość od 14—18 mm. Zapamiętanie tych wymiarów ma wielkie znaczenie przy stawianiu djagnozy i dokonywaniu operacji.

Przechodząc do patologji i terapji zatoki szczękowej, kol. Zieliński, jako główne przyczyny ropniaka zatoki Highmor'a podał: 1) szerzenie się zapalenia z sąsiedztwa, np. z jamy nosowej, zatoki czołowej, klinowej i t. p.; 2) zakażenie podczas wyjęcia zęba, złamania wyrostka zębodołowego, a tymbardziej szczęki (infekcja ze strony jamy ustnej); 3) choroby zębów ostre, jak *periodontitis* ze wszelkiemi następstwami, lub chroniczne, jak ziarniniaki i torbiele korzeniowe; 4) choroby ogólne, np.: influenza, odra, ospa, róża, syfilis, gruźlica i t. d., wreszcie nowotwory; 5) ciała obce, do zatoki wepchnięte, jak np. odłamane igły i świdry, kawałki drenów, wepchnięte korzenie zębowe, tampony i tp.

Zasady djagnozy różniczkowej omawianego cierpienia kol. Zieliński omówił jasno i ściśle.

Leczenie ropniaka zatoki szczękowej polega na wypuszczeniu ropy i przepłukiwaniu ostatniej. Z pośród metod operacyjnych kol. Zieliński dokładnie opisał obecnie używane trzy sposoby: 1) Cooper'a—od strony zębodołu,—2) Desault'a—od *fossa canina* i 3) Hun-

ter'a, obecnie bardzo popierany przez Schäffer'a i Mikulicza—od strony jamy nosowej (rynologiczny), wspominając w krótkości i o metodach dawniejszych: 1) Lamorier'a i Molinetti'ego (cięcie zewnętrzne przez policzek) i 2) Callisen'a i Zang'a — od strony podniebienia. Otwór, zrobiony drogą operacji, zaleca się zatykać czopkiem szklanym Partsch'a, lub przyrządem kauczukowym.

Na zakończenie kol. Zieliński przytoczył odpowiednie środki lecznicze, stosowane do przepłukiwania zatoki szczękowej.

= **25-letni jubileusz**. Dnia 18-go maja r. b. w Łodzi uczczono 25-letni jubileusz praktycznej działalności jednego z najstarszych kolegów, prezesa miejscowego Towarzystwa Odontologicznego, kol. Haberfelda.

Kolega Haberfeld sumienną i wytrwałą pracą w ciągu swej długoletniej praktyki stale dążył do uwydoskonalania się w swym zawodzie, czerpiąc materjał naukowy z pierwszorzędnych źródeł, dzięki czemu zyskał uznanie kolegów oraz zaufanie chorych. Niejednokrotnie kolega Heberfeld udzielał praktycznych wskazówek w miejscowem Towarzystwie Odontologicznem, demonstrując poszczególne przypadki z zakresu swej specjalności.

Od samego powstania w Łodzi Towarzystwa Odontologicznego, w przeciągu 7-iu lat jego egzystencji, jubilat był stale wybierany na prezesa Towarzystwa. W dowód uznania dla pożytecznej działalności swego prezesa członkowie Towarzystwa ofiarowali mu cenny podarek w dniu jubileuszu.

= **Zezwolenie** słowianom, poddanym państw Bałkańskich i Austro-Węgier, którzy w ojczyźnie swej otrzymali wykształcenie w zakresie ukończenia kursu niemniej, jak 6 klas średniego ogólnokształcącego zakładu naukowego, dozwolono wstępować do szkół dentystycznych z tem zastrzeżeniem jednakże, że osoby te po zdaniu próbnego egzaminu w komisji egzaminacyjnej przy uniwersytecie lub Akademji medycznej wojskowej, nie mogą korzystać z prawa praktyki dentystycznej w Rosji. Ażeby uzyskać prawo praktyki dentystycznej i na Rosję, wymienione osoby (płci obojga) powinny zdać egzamin z rosyjskiego języka i literatury, historji i geografji Rosji w zakresie kursu sześciu klas rosyjskiej szkoły realnej przed lub po egzaminie próbnym.

Cyrkularz Min. Spr. Wewn. do gubernatorów i naczelników miast z dnia 24 sierpnia st. st. r. 1911 za № 1054).

Od administracji.

Pomimo niejednokrotnych odezw wielu prenumeratorów, przeważnie z prowincji, nie uregulowało dotychczas należności za prenumeratę za ub. półrocze. Nie mając innego punktu wyjścia, zmuszeni jesteśmy wszystkim tym prenumeratorom wysyłkę „Kroniki" od następnego numeru przerwać, o ile nie uiszczą oni należności w ciągu bież. miesiąca.

Z dniem 8 lipca r. b. redakcja i administracja przeniesione zostaną na ulicę Rymarska № 8, dokąd skierowywać należy wszelką korespondencję, przekazy oraz pisma.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Mazowiecka 8.